

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 37

LES
KYSTES SUPPURÉS
DE L'OVAIRE

(Causes, symptômes, diagnostic, traitement).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 décembre 1930

PAR

Georges-François-Raphaël CLERC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAILLAGOUSE (Pyrénées-Orientales), le 29 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3.

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 37

LES
KYSTES SUPPURÉS
DE L'OVAIRE

(Causes, symptômes, diagnostic, traitement).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 décembre 1930

PAR

Georges-François-Raphaël CLERC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAILLAGOUSE (Pyrénées-Orientales), le 29 septembre 1904.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médecine générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

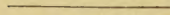
	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Avec l'assurance de mon respect et de
mon admiration.

A MA MERE



A MON FRERE

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont nous sommes l'élève respectueux
et reconnaissant.

Et qui nous fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un agréable devoir d'exprimer ici notre reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont enseigné l'art de la médecine.

Nous remercions :

Le docteur Mahon, des renseignements qu'il nous a fournis;

Le Docteur Chauvennet de l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé;

Le Docteur Villar, qui, avec son obligeance habituelle, nous a permis de mettre sa science à contribution.

A M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous adressons le respectueux hommage de notre reconnaissance.

LES

KYSTES SUPPURÉS

DE L'OVAIRE

(CAUSES, SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT)

INTRODUCTION

Les kystes de l'ovaire, suivant leur origine et leur anatomie, se divisent en kystes mucoides, en kystes dermoïdes et muco-dermoïdes. Ils peuvent être uniloculaires ou multiloculaires, pédiculés ou inclus dans le ligament large.

Leur contenu est aseptique. La preuve en a été faite dans le laboratoire par Chauffard et Widal; Lannelongue l'a soutenu en constatant l'innocuité de la rupture spontanée du kyste dans la cavité péritonéale.

Mais comme tous les autres kystes qui se produisent aux dépens d'un organe quelconque, le kyste de l'ovaire peut présenter des complications infectieuses. Le liquide kystique devient alors un excellent bouillon de culture où les microbes pathogènes et saprophytes trouvent une vie facile. On ne peut

guère dire dans quelle proportion les kystes de l'ovaire suppurent. D'après Bruger, cette complication se produirait dans 3 p. 100 des cas. Elle est de moins en moins fréquente, depuis qu'on a abandonné la ponction et depuis que l'ovariotomie, avec les progrès de l'antisepsie, est devenue l'intervention courante.

Delbet, dans son traité des suppurations pélviennes, admet que les kystes dermoïdes sont plus aptes à suppurer que les kystes séreux. Pour lui, les kystes dermoïdes, d'un volume généralement petit, ont plus de chance de voir leur contenu s'enflammer, parce qu'ils contractent facilement des adhérences et sont en connexion plus intime avec les organes voisins. Toutefois, Lemoine (Thèse de Lyon, 1903), après l'examen d'un grand nombre d'observations, déclare : « Nous n'avons pas trouvé, parmi les kystes suppurés, une prédominance de kystes dermoïdes, loin de là. » Nos recherches personnelles nous ont amené à faire la même constatation.

Mangold affirme encore que la suppuration est d'autant plus fréquente que le contenu du kyste est moins fluide, plus épais. Cette opinion est généralement admise, mais elle ne paraît pas prouvée. Quoi qu'il en soit, l'expérience montre que les bactéries trouvent dans le kyste un terrain favorable à leur développement. Elles y vivent facilement et déterminent la suppuration de la tumeur qui, dès lors, présente une évolution clinique particulière toujours grave.

Nous diviserons l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire en quatre chapitres :

Dans un premier chapitre, nous envisageons les différentes hypothèses pathogéniques.

Nous examinons ensuite l'aspect que présentent en clinique ces productions pathologiques et nous essayons de constituer avec les différents symptômes plusieurs types définis.

Dans un dernier chapitre, nous étudions rapidement le diagnostic différentiel et nous posons les principes du traitement.

CHAPITRE PREMIER

CAUSES

Comme nous l'avons déjà dit, le liquide des kystes est aseptique et, par sa constitution chimique, il constitue un excellent milieu de culture. La question de l'étiologie se pose donc ainsi : D'où viennent les germes qui font suppurer les kystes et par quelles voies y pénètrent-ils ?

Comme pour toutes les suppurations, ces germes viennent soit de l'extérieur (Traumatisme chirurgical ou accidentel), soit de l'organisme (voisinage d'un viscère infecté ou infection générale septicémique). Nous serons donc amené à étudier des *causes externes* et des *causes internes* auxquelles nous joindrons des *causes favorisantes*.

I. — Causes externes.

Nous citerons en premier lieu la *ponction*. Avant la période de la chirurgie moderne, au temps où on n'osait pas faire l'ovariotomie, la seule opération que l'on pratiquait sur un kyste de l'ovaire volumineux, remplissant la plus grande partie de l'abdomen et déterminant des phénomènes de compression, était la ponction. Or, cette intervention s'accomplissait sans aucune des moindres précautions que l'on emploie aujourd'hui. On ne faisait pas bouillir le trocart, on ne préparait pas la paroi abdominale; on ne se lavait pas les mains. Aussi, la ponction d'un kyste de l'ovaire était-elle souvent suivie de suppuration.

Les germes pathogènes peuvent encore pénétrer dans le kyste par l'*incision* et le *drainage*. Il existe dans les couches les plus profondes de l'épiderme, des bactéries et en particulier un staphylococcus pyogenes albus, qui présentent une grande résistance à la désinfection et qui peuvent, pendant un acte opératoire, infecter le contenu kystique.

Ce chapitre a beaucoup perdu de son importance depuis les progrès de l'antisepsie. Le plus souvent, c'est parmi les causes internes qu'il faut chercher l'origine de la suppuration.

II. — Causes internes.

Dans ce cas, la malade porte en elle les agents de l'inflammation. Ce n'est plus du dehors qu'arrivent les germes pathogènes, mais de l'intérieur même de l'organisme. C'est une véritable auto-infection, se faisant par une triple voie :

Voie sanguine, où la contagion sera tantôt directe, par phlébite se propageant jusqu'au kyste, tantôt indirecte par apport de l'élément infectieux avec le torrent circulatoire qui arrive finalement à la tumeur par les vaisseaux du pédicule.

Voie lymphatique, où les canaux vecteurs de la lymphe servent de propagation et permettent aux microbes, introduits dans leur intérieur, de parvenir jusqu'au hile du kyste.

Voie des adhérences, si étroites, si riches en vaisseaux néo-formés, qu'elles fusionnent intimement les parois kystiques à l'organe voisin et permettent ainsi le passage des micro-organismes.

D'ailleurs, il est bien souvent difficile de dire quelle voie les germes pathogènes ont suivie pour aller infecter la tumeur. Bouilly pense que l'infection se fait en général par les lymphatiques. Pour Mangold, au contraire, la voie sanguine serait le plus souvent en cause.

Dans cette véritable auto-infection, les microbes proviennent ou d'un organe voisin ou d'une maladie générale.

a) ORGANES VOISINS.

Ici, l'*appareil génital* joue un grand rôle. Très fréquemment, il s'agit des suites septiques d'un accouchement. Henricius a publié, à l'appui de cette hypothèse, une observation fort instructive d'un kyste de l'ovaire suppuré après une fièvre puerpérale. L'examen du contenu kystique et des lochies permit de trouver des cocci qui ne laissèrent aucun doute sur l'origine puerpérale de la suppuration. Mangold cite encore plusieurs observations de kystes suppurés après un accouchement. A l'analyse bactériologique, on trouva des streptocoques.

A côté de ces affections puerpérales, une métrite banale, un pyosalpinx sont incontestablement des causes de suppuration. Dans l'observation I, la malade est atteinte d'un gros pyosalpinx gauche qui peut ne pas être étranger à l'infection du kyste. Cependant, ce mode d'infection ne semble pas très fréquent, et notre maître, le professeur Guyot, écrivait à la suite d'une observation de M. Jeanneney : « La tolérance des kystes de l'ovaire au voisinage des collections suppurées m'a toujours frappé; j'ai observé récemment un cas de pyosalpinx adhérent à un kyste de l'ovaire dont le contenu était resté normal. »

Dans bien des cas, les annexes sont adhérentes à la tumeur kystique, et il est bien naturel que toute inflammation de ces mêmes annexes puisse retentir sur le kyste adjacent, soit par les lymphatiques du pédicule, soit par les adhérences dues aux poussées de péritonite.

L'infection d'origine génitale est incontestable. Il nous reste à examiner quels sont *les organes de la cavité abdominale* qui peuvent infecter un kyste.

Une observation publiée par Sergueff met en cause le *péritoine*. Il cite, en effet, le cas d'une malade, porteuse d'un kyste, qui est atteinte de péritonite tuberculeuse. Après l'opération, on constate que la tumeur, dont la paroi interne était

semée de granulation, ne contenait plus que des matières ca-séuses.

Mais pour un grand nombre d'auteurs, c'est l'*intestin* qu'il faut le plus souvent incriminer. Olshausen, le premier, parle de ce mode d'infection; il n'est possible qu'à la condition qu'il y ait déjà des adhérences entre l'intestin et le kyste. Elles se forment à la suite de la desquamation de l'épithélium de la séreuse intestinale et de l'épithélium qui revêt la paroi externe du kyste. Une entérite, une fièvre typhoïde, en altérant la muqueuse intestinale, permettent aux microbes qui se trouvent dans l'intestin d'arriver jusqu'au kyste. La présence fréquente du *bacterium coli commune* dans le pus prouve aisément ce mode d'invasion (obs. III).

Dans de nombreux cas de suppuration post-typhoïdienne (obs. IV), on a trouvé le bacille d'Eberth. Evidemment, l'infection peut se propager par la voie sanguine, comme pour certains abcès, certaines ostéites et une foule d'autres complications, que l'on observe au cours de la convalescence de cette maladie, mais dans le cas de kystes, aussi bien et encore plus facilement, les germes peuvent passer directement de l'intestin, enflammé à la tumeur.

Les microbes suivraient la voie des adhérences. C'est l'avis de Raimondi, Delbet, Greene-Cumston, Duplay, Leguen et de la plupart des auteurs. Nélaton signale le cas, exceptionnel d'ailleurs, où un trajet fistuleux fait communiquer kyste et rectum.

Au même titre que l'intestin, l'*appendice* malade peut être une cause de suppuration.

Dans une communication faite à la Société de chirurgie, en décembre 1890, Pozzi signalait l'origine intestinale de certaines oophoro-salpingites et il montrait que l'infection des annexes se faisait souvent par l'intermédiaire d'adhérences les réunissant à l'appendice cæcal enflammé. Or, les adhérences de l'appendice aux tumeurs de l'ovaire se rencontrent rarement. Chognon, à ce propos, a dépouillé différentes statistiques pour se rendre compte de leur fréquence. Elles lui pa-

raissent rares. Après lui, Lawson-Tait traite ces adhérences de « curieuses et d'exceptionnelles »; il ne les a rencontrées que 2 fois dans la pratique. Olshausen cite 7 cas d'adhérences de l'appendice rencontrées au cours de 200 ovariectomies; Paul Shoerer en a trouvé 2 cas pour 300 ovariectomies. Terrier, dans ses 8 séries de 25 ovariectomies, rapporte 3 cas d'adhérences du kyste à l'appendice.

Pour Treub, qui a repris plus récemment cette question, le ligament large jouerait le rôle de déversoir des produits inflammatoires et microbiens de l'appendice. L'infection de ce dernier occasionnerait souvent une paramétrite pouvant aboutir à la suppuration du kyste.

Pour nombre d'auteurs, l'anatomie expliquerait le retentissement réciproque des deux lésions. Clado décrit, en 1892, un ligament appendiculo-ovarien, établissant des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice. Ce ligament partirait du méso-appendice pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large. Il est admis par la plupart des chirurgiens. En revanche, Souligoux, Bérard, Barnsky, se basant sur de nombreuses recherches sur le cadavre, disent qu'il est loin d'être constant. Pour Barnsky, s'il existe, il n'existe qu'à titre d'anomalie.

L'infection par continuité, à la faveur d'un réseau lymphatique, ne peut donc être admise dans tous les cas. Souvent, c'est l'appendice qui vient se mettre au contact des annexes. On sait, en effet, combien la situation pelvienne, exagération de la position sous-cæcale, est fréquente chez la femme. Sur 106 observations, prises à l'autopsie de femmes adultes, Barnstky a trouvé 63 fois l'appendice en position sous-cæcale. L'appendice peut alors se mettre en contact direct avec l'ovaire ou la trompe, et au moment des poussées congestives, auxquelles l'ovaire est soumis périodiquement, il peut se trouver compris dans le processus pléthorique qui, répété, peut aboutir à la modification des parois du diverticule, à la formation d'adhérences, d'où possibilité d'infection.

Inversement, les annexes peuvent venir se mettre au con-

tact de l'appendice, et, par un processus analogue, il peut se produire une suppuration d'un kyste de l'ovaire.

Trois observations publiées par Michel, en 1900, prouvent, d'une manière fort nette, l'existence de ce mode d'infection. Dans deux de ces observations, l'étude anatomo-pathologique de l'appendice et du kyste a montré des lésions telles, qu'il serait puéril de ne pas admettre une relation entre la suppuration du contenu kystique et l'adhérence appendiculaire à la paroi du kyste.

b) MALADIES GÉNÉRALES.

Il ne nous reste plus qu'à examiner le rôle des maladies générales dans l'infection des kystes de l'ovaire. « Dans l'état pyémique, dit Henricius, les matières infectieuses en circulation peuvent pénétrer dans le kyste par l'intermédiaire de parties détachées de thromboses infectées. »

Le kyste en lui-même est d'ailleurs le prétexte d'une localisation. « Au cours d'une infection, écrivent Widal et le Sourd, la moindre avarie de nos tissus peut prêter à la fixation des bacilles charriés par le sang. »

Quelles sont donc les maladies générales qui peuvent déterminer la suppuration dans un kyste de l'ovaire?

Nous citerons, en premier lieu, la *fièvre typhoïde*. Dans l'observation I, la malade avait eu une paratyphoïde, mais on n'a pas trouvé de bacille d'Eberth; en revanche, dans l'observation IV, l'examen bactériologique révèle sa présence.

Si, dans la majorité des kystes suppurés, on peut, avec Pfamensie, Olshausen, Martin, accuser le colibacille venu de l'intestin par des adhérences préexistantes, lorsqu'il s'agit de kystes où, seul existe le bacille d'Eberth, on ne saurait invoquer le même mode de transmission. C'est par la voie sanguine que l'Eberth arrive au kyste; il y a métastase et Werth, Pitha, Walgren, Engelmann, Widal et Ravaut sont d'accord sur ce fait. Du reste, la chose n'a rien d'étrange. Le bacille d'Eberth n'est-il pas charrié par le sang des typhiques? Ne le rencontre-t-on pas dans les taches rosées (Newhaus) et dans

maintes localisations au niveau des poumons, des ganglions des articulations, des os, etc. ?

L'on doit remarquer, enfin, la surprenante vitalité du bacille typhique : Il a été trouvé dans des kystes plusieurs mois après la dothiénthérie (huit mois dans un cas de Werth). Raison nouvelle pour soupçonner la nature éberthienne possible d'un kyste de l'ovaire suppuré, lorsqu'à une période même lointaine une fièvre typhoïde se sera déclarée.

Comme la dothiénthérie, la *grippe* peut-elle être la cause de la suppuration d'un kyste ? Le cas est moins fréquent, mais il paraît exister. Bouilly a publié une observation où une femme grippée est prise tout à coup de vomissements avec un état demi-comateux subdélirant. La température est élevée. L'intoxication de l'organisme est telle qu'il y a même des symptômes de paralysie des extenseurs. La laparotomie permet d'extirper une grosse tumeur kystique remplie de pus fétide.

La *pneumonie* également paraît avoir été incriminée et Shauta (obs. XVII) a trouvé dans le pus des diplocoques ayant les caractères du bacille pneumonique.

Après la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, quel est le rôle de la *tuberculose* dans la suppuration des kystes de l'ovaire ? On a publié plusieurs observations où il semble certain que l'infection est due au bacille de Koch. Dans l'observation II, la malade présentait, depuis quelque temps, des troubles assez sérieux de l'état général : amaigrissement, perte de forces, état subfébrile. Le kyste dont elle était atteinte contenait un pus vert, comparable à celui des abcès froids. A l'examen bactériologique, on n'a pas trouvé de germes. « Mais j'ai eu le tort, nous a dit le Docteur Chauvenet, de ne pas faire pratiquer l'inoculation au cobaye, ni l'examen histologique de la paroi peu épaisse de la poche, car la malade a fait, peu de mois après son opération, une tuberculose pulmonaire qui l'a emportée en moins de deux ans. » La marche de la maladie, la nature du pus, l'épaisseur de la poche kystique, tout prouve que la suppuration est due

à la tuberculose. Schwartz a d'ailleurs publié un cas analogue.

Enfin Tavel et Herzfeld (obs. XVI) citent un cas d'*infection staphylococcienne* sans préciser. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation (Sergueff) qui incrimine la *blennorragie*. Féraud (thèse de Bordeaux) signale un cas où la suppuration est due à la *malaria*. Nous n'avons pas trouvé d'observations récentes sur ces deux dernières maladies.

III. — Causes adjuvantes.

A côté de ces causes immédiates, il y a des causes adjuvantes. Elles réveillent la virulence des bactéries qui vivent à l'état saprophyte, et si, dans quelques cas, un kyste suppure spontanément, sans motif plausible, on peut dire que, le plus souvent, il se trouve des faits qui ont pris une part dans la mise en action des éléments pyogènes.

Parmi ces causes adjuvantes, nous citerons : les *traumatismes* (obs. X), les *injections de substances corrosives*, telles que l'iode, la *torsion du pédicule* qui, par les troubles vasculaires et nerveux qu'elle amène, affaiblit les éléments cellulaires, altère la validité des tissus et les rend moins aptes à la résistance.

D'autres fois, l'infection est favorisée par la *dégénérescence des parois* du kyste. Polaillon a publié deux observations, où le kyste n'avait signalé la présence de la suppuration par aucun des symptômes habituels. Les parois se rompirent pendant l'opération et il fut fort difficile d'extérioriser la tumeur.

Enfin, la *grossesse* et l'*accouchement* prédisposeraient les kystes à l'infection par la production d'une congestion abdominale, premier stade de l'inflammation, et par les contusions que subit la tumeur pendant la gestation et l'enfantement.

La *menstruation* favoriserait l'infection pour les mêmes

raisons d'hyperémie des organes du bassin. « D'après Shauta, pendant la période menstruelle, des mouvements de reflux du courant sanguin pourraient amener dans la cavité utérine, toujours sans microbes, les germes qui existent normalement dans le vagin. Ce sont des sarcines, des diplocoques, des staphylocoques et parfois des streptocoques. Arrivés dans l'utérus, ces microbes finiraient par envahir le kyste par une des voies que nous avons décrites.

» Si, à la menstruation, nous joignons le coït pratiqué simultanément, nous augmentons considérablement les chances d'infection : car, au moment du spasme vénérien, les contractions, et peut-être un état physiologique particulier, établissent du vagin vers l'utérus une aspiration puissante. »

L'opinion de Shauta nous paraît fort possible, mais elle n'est pas prouvée.

Ainsi, soit par infection externe, soit par auto-infection, les kystes de l'ovaire sont menacés de suppuration.

Le clinicien a tout intérêt à bien connaître les diverses causes qui peuvent amener un kyste à suppurer. Elles le mettront, dans bien des cas, sur la bonne voie du diagnostic.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les kystes de l'ovaire présentent une série de symptômes qu'il est indispensable de bien connaître pour diagnostiquer la suppuration qui vient quelquefois compliquer le tableau clinique de ces tumeurs. Ils se manifestent par des signes fonctionnels et par des signes physiques.

I. — Signes fonctionnels.

Le kyste de l'ovaire a un début insidieux. Aucun symptôme n'attire particulièrement l'attention. Les douleurs et les tiraillements dans le bas-ventre que ressentent parfois les malades sont si vagues, dans bien des cas, qu'on n'y attache pas d'importance. Aussi, est-ce le plus souvent par hasard que la tumeur est découverte.

« Cependant, lorsque le kyste devient plus volumineux, surtout s'il est en totalité ou en partie inclus dans le petit bassin, sa présence s'accompagne de phénomènes de compression et en particulier de douleurs pelviennes, abdominales et crurales par compression nerveuse, avec exacerbations dues à des poussées congestives ou péritonitiques légères. Souvent, des phénomènes généraux viennent compliquer ce tableau clinique. Les plus fréquents sont : la dyspnée, la dysu-

rie, l'incontinence, les vomissements, la constipation ou la diarrhée. La malade peut présenter encore des signes d'urémie chronique, des œdèmes, un amaigrissement prononcé, et le visage prend cet aspect particulier décrit sous le nom de « facies ovarien » caractérisé par l'émaciation, l'exagération des lignes et des traits, un air d'appréhension et de crainte. Enfin, les règles peuvent être troublées, supprimées, parfois, ou plus rarement augmentées.

II. — Signes physiques.

Lorsque le kyste est peu volumineux, la *palpation* fait reconnaître dans l'abdomen une tumeur placée latéralement, débordant plus ou moins la ligne médiane, mate dans tous ses points, tandis que la sonorité existe au-dessus, sur le côté opposé et en arrière dans le flanc correspondant.

Dans un kyste volumineux et uniloculaire, on peut percevoir la fluctuation.

Dans un kyste volumineux et multiloculaire, on trouve, par la palpation, une tumeur irrégulière, bosselée, d'une consistance variable suivant les points. La fluctuation est beaucoup moins nette que dans les kystes uniloculaires; elle peut être même très difficile à percevoir.

Le *toucher vaginal, combiné au palper abdominal*, permet de trouver, tant que la tumeur est dans le petit bassin, une masse élastique, indépendante de l'utérus, et à laquelle ne se transmettent pas les mouvements imprimés au col. Quand le kyste devenu plus volumineux a fait son ascension abdominale, on ne peut plus l'atteindre par le toucher. Le col utérin est difficilement accessible. Le ventre grossit. La saillie latérale devient médiane, gagne dans tous les sens, s'étale en haut sous les fausses côtes, refoulant le diaphragme; la tumeur comprime la vessie, le rectum, les uretères, les vaisseaux iliaques et la veine cave, les plexus lombaire et sacré. La santé de la malade s'altère. Tels sont, rapidement exposés, les principaux symptômes des kystes de l'ovaire.

III. — Signes particuliers des kystes suppurés.

On peut trouver dans les kystes suppurés de l'ovaire tous les symptômes des kystes ordinaires, mais ils présentent en plus des signes particuliers. Quels sont donc maintenant les phénomènes qui permettent de soupçonner la présence de pus dans la cavité kystique ?

D'après toutes les observations que nous avons lues, trois signes nous semblent d'une importance capitale. Ce sont le *rapide accroissement de la tumeur, la présence de douleurs et la fièvre.*

La plupart du temps, on apprend que quelques mois après une maladie ou un accouchement, une femme *porteuse d'un kyste voit son ventre grossir rapidement.* Dans toutes les observations que nous avons recueillies et particulièrement dans les obs. III, IV, XIV), les malades ont l'impression que la tumeur a subitement augmenté de volume et est devenue plus tendue. Cette augmentation rapide de l'abdomen est due à la congestion du kyste, congestion produite par un processus inflammatoire.

Le second signe cardinal est, avons-nous dit, la *présence de douleurs.* La lecture des observations que nous publions montrera l'importance de ce symptôme. Dans l'observation I, la malade présente des crises douloureuses dont le début remonte à un mois; dans l'observation III, les douleurs abdominales assez violentes datent de quelques jours seulement; dans l'observation IV, une douleur extrêmement aiguë apparaît d'une façon soudaine dans la fosse iliaque droite et le flanc droit de la patiente qui était en pleine période de convalescence succédant à une fièvre typhoïde grave. Toutes les autres observations mentionnent ces phénomènes douloureux, sauf l'observation II, dans laquelle la malade n'a présenté que des troubles assez sérieux de l'état général.

Les kystes suppurés de l'ovaire se manifestent presque toujours par des douleurs : douleurs dans le ventre, douleurs

irradiées aux cuisses et aux lombes; quelquefois, elles prennent la forme de crises suivies d'une sédation des accidents; quelquefois, elles sont constrictives, donnant la sensation d'une barre; quelquefois, elles se bornent à des malaises, et à des lancées. Les phénomènes douloureux seraient, pour certains, en rapport avec l'épaisseur de la paroi et avec la pression intrakystique. Cependant, il ne faut pas oublier que la douleur n'a rien de caractéristique et se rencontre dans toute suppuration pelvienne.

Enfin, *la fièvre* peut donner au clinicien de très bons renseignements et le mettre dans la voie du diagnostic. En présence d'une femme, porteuse d'un kyste qui fait de la température, il faut toujours penser à la suppuration possible de ce kyste. La courbe thermique oscille en général autour de 38°5, avec ascension vespérale et rémission le matin. La fièvre peut manquer ou être à peine au-dessus de la normale (obs. XIII); d'autres fois, elle s'élève jusqu'à 39°5 et 40 degrés (obs. IV) et s'accompagne de frissons. Le plus souvent le pouls devient rapide, faible, mal frappé, et dans plusieurs cas signalés par Delbet, il y a « incongruence du pouls et de la température ».

Pour être complet, nous devrions décrire, à côté de ces symptômes capitaux, les signes physiques et les signes fonctionnels des kystes suppurés de l'ovaire. Les *signes physiques* sont les mêmes que dans les kystes ordinaires. Il est inutile de les décrire à nouveau.

Les *signes fonctionnels* permettent de distinguer dans les kystes suppurés de l'ovaire deux formes cliniques principales :

- a) *la forme aiguë à type péritonéal;*
- b) *la forme chronique à type cachectique.*

Formes cliniques.

a) FORME AIGUË A TYPE PÉRITONÉAL.

La forme aiguë, qui succède souvent à une affection générale, présente un tableau clinique à peu près comparable à celui de la péritonite aiguë (obs. IV, VII), c'est-à-dire se caractérisant par de la douleur, par des vomissements, par de la constipation, par de la fièvre, par du ballonnement du ventre, ainsi que des modifications graves de l'état général. Il est à noter cependant que ces différents symptômes n'apparaissent pas aussi brusquement que dans la péritonite franche; leur évolution est plus lente, moins rapide et aussi un peu moins accusée.

b) FORME CHRONIQUE A TYPE CACHECTIQUE.

Nous avons de très beaux exemples de cette forme dans les observations I, VIII, XIV. Elle se caractérise par certains troubles fonctionnels, tels que des douleurs abdominales plus ou moins vives, des vomissements alimentaires, de la diarrhée, s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile et surtout des troubles graves de l'état général. Dans cette forme, ce sont surtout les symptômes généraux qui dominent, et devant un amaigrissement rapide, devant un affaiblissement de l'organisme, en un mot devant ce véritable état cachectique, le clinicien a plutôt tendance à songer à l'évolution d'une tuberculose ou d'un néoplasme qu'à la suppuration d'un kyste de l'ovaire.

Enfin, certains kystes suppurés ont une évolution particulière. Ils empruntent des caractères à l'une et à l'autre forme (obs. V). Ils présentent tantôt des symptômes aigus qui cèdent rapidement, tantôt une marche cachectique rapide.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

I. — Diagnostic.

Le diagnostic des kystes suppurés de l'ovaire est en général difficile. Certes, si l'on connaît la présence dans la cavité abdominale d'une tumeur ovarienne, il est facile de rapporter les signes observés à leur véritable cause; mais, dans le cas contraire, la chose est plus délicate et ce n'est que par l'examen complet de la malade, examen qui nous révélera l'existence d'un kyste, qu'on pourra poser le bon diagnostic.

Il y a lieu de porter son attention sur deux ordres de faits : ceux où le kyste suppuré se présente avec les allures des kystes ordinaires et ceux où la suppuration manifeste son existence par des signes propres, locaux ou généraux, plus ou moins nets, plus ou moins saillants.

Dans le premier cas,

on peut très bien confondre le kyste suppuré avec des affections diverses, qui ressemblent par leur allure clinique aux kystes ordinaires.

Il faudra donc éliminer :

L'ascite.

Dans l'ascite, cependant, le ventre n'a pas la même forme. Les flancs sont mats à la percussion et font une saillie parfait-

lement symétrique. Suivant les différents décubitus, la matité est remplacée par la sonorité, et *vice versa*.

L'hydro-salpinx.

Ici, la patiente a un passé génital et il existe une douleur constante, exquise, bien localisée à l'organe atteint.

La grossesse.

A partir du quatrième mois, les mouvements du fœtus, la palpation des extrémités et l'auscultation des bruits du cœur ne peuvent laisser d'incertitude.

La péritonite tuberculeuse.

« La courbe de matité n'a point la même fixité dans les diverses positions; la douleur à la pression profonde existe plus que dans le kyste et l'état général est ordinairement plus altéré, sans cependant que ces signes distinctifs soient absolus », nous dit Forgue.

L'hydronéphrose unilatérale.

Succédant à une colique néphrétique ou à une luxation, elle en imposera par la présence d'une tumeur dans la région lombaire, de douleurs irradiées vers les parties inférieures du bassin ou les organes génitaux; cette hypothèse sera éliminée par la constatation de crises urinaires et par une palpation minutieuse de la région lombaire.

La vessie distendue.

Si le clinicien, suivant la règle, pratique le cathétérisme avant tout examen de tumeur abdominale, une telle méprise ne peut avoir lieu.

Les kystes du mésentère, les kystes hydatiques du foie, de la rate.

On a pour se guider le développement de la tumeur de haut en bas, son indépendance des organes génitaux et le frémissement vibratoire produit par le choc des hydatides.

Dans le deuxième cas,

les kystes suppurés de l'ovaire s'accompagnent de symptômes spéciaux, mais on peut encore les confondre avec de nombreuses affections. Ici encore, on devra éliminer :

La péritonite.

Dont la température initiale est généralement plus élevée, 40 à 41 degrés; le tympanisme s'établit d'emblée, la douleur est plus généralisée. Les signes physiques du kyste n'existent pas.

Le pyosalpinx.

La malade présente un passé génital, des crises douloureuses antérieures, des troubles de la menstruation. Le siège de la tumeur est sur les côtés de l'utérus.

La grossesse extra-utérine en voie de s'infecter.

Les règles ont disparu, tandis que les seins grossissent. On remarque encore un accroissement régulier de la tumeur et de l'utérus, quelquefois l'expulsion de débris de caduque.

La torsion du pédicule.

Qui offre bien des symptômes communs avec les kystes suppurés. On trouve en effet un accroissement rapide du ventre et une douleur vive installée subitement. Cependant, dans la torsion du pédicule, la douleur initiale est plus brusque; la malade a même des tendances syncopales. Lemoine (thèse de Lyon) recommande, pour faciliter le diagnostic d'employer le procédé Tuffier, qui consiste à rechercher les leucocytes polynucléaires dans le sang pour différencier la nature hématique de la nature purulente du contenu kystique.

Les néoplasmes de l'ovaire.

Dans ce cas, on trouve par la palpation une tumeur plus dure, plus solide, plus consistante. L'ascite accompagne souvent la tumeur. Les douleurs auront, d'ailleurs, peu d'inten-

sité, et les phénomènes généraux, d'une façon ordinaire, sont moins rapides, moins aigus.

L'appendicite.

Les douleurs sont plus accentuées au point de Mac Burney.

Enfin l'occlusion intestinale.

Ici, le ballonnement est plus grand que dans les kystes suppurés; il y a du tympanisme partout; les anses intestinales distendues forment relief. On remarque encore une constipation opiniâtre, des téguments froids.

Comme on le voit, le diagnostic des kystes suppurés de l'ovaire est plein de difficultés, mais la gravité de l'erreur est diminuée par ce fait que presque toutes les affections avec lesquelles on peut les confondre réclament une *intervention semblable*.

Laissée à son évolution, la suppuration d'un kyste comporte un pronostic très sombre.

Dans les cas aigus, la paroi peut s'ulcérer et le contenu se déverser dans le péritoine, en causant une péritonite. D'autres fois, l'inflammation peut se propager par les adhérences aux organes voisins : vessie, rectum, intestin, vagin, trompe, et l'ulcération de leur paroi permet au contenu de se déverser au dehors.

Le kyste peut encore s'ouvrir à la paroi abdominale. La guérison est, dans ce cas, exceptionnelle, le kyste se vidant rarement d'une façon complète. Enfin, les kystes suppurés peuvent causer la mort par septicémie, sans s'ouvrir au dehors.

Un diagnostic erroné peut donc être fort préjudiciable à la malade atteinte d'une tumeur kystique infectée.

II. — Traitement

« Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être enlevé », disent Forgeue et Massabiau.

Le traitement médical, la ponction du kyste par l'abdomen,

par le vagin ou par le rectum doivent être aujourd'hui abandonnés. L'asepsie et les progrès d'une technique chirurgicale mieux réglée ont fait de l'ovariotomie une opération relativement facile, à indications fort étendues, à contre-indications exceptionnelles et, le plus souvent, temporaires.

Mais en est-il de même du kyste de l'ovaire suppuré. Est-ce que la présence de microbes au niveau du kyste n'amène pas, dans l'état général et surtout dans l'état local, des modifications telles qu'il faille modifier partiellement les données déjà acquises ? C'est ce que nous allons étudier maintenant.

Bien entendu, le traitement restera chirurgical et la suppuration du kyste ne pourra que pousser le chirurgien à un acte opératoire immédiat, du fait d'une rupture possible dans un organe voisin ou dans la cavité péritonéale. Mais doit-il agir comme s'il avait affaire à un kyste non suppuré, c'est là un point qui nous paraît intéressant à discuter.

La suppuration du kyste s'accompagne comme nous l'avons dit, de formations d'adhérences par poussées de péritonite partielle, et si, au début, ces membranes sont faciles à rompre, elles peuvent, plus tard, s'organiser en bandes solides, fixant d'une manière intime le kyste à la paroi abdominale, à l'épiploon, au gros intestin, au rectum, à la vessie, à l'uretère, à l'utérus. La plupart de nos observations mentionnent ces adhérences (Obs. I, adhérences très importantes; Obs. VIII, kyste très adhérent à la face inférieure du méso-sigmoïde; Obs. IX, la tumeur est fortement fixée au pelvis, adhérente à l'appendice et à l'anse sigmoïde; Obs. X, la masse kystique adhère à la paroi abdominale antérieure; Obs. XI, kyste adhérent; Obs. XII, kyste adhérent aux anses grêles; Obs. XIII, la tumeur adhère dans toute son étendue à l'épiploon et au côlon; Obs. XIV, adhérences très importantes). La libération d'un kyste adhérent ne va pas sans dommages et amène des désordres possibles et importants des organes intéressés. Les statistiques opératoires le montrent surabondamment.

De plus, du point de vue général, nous avons noté une dimi-

nution fort appréciable de la résistance du sujet au traumatisme opératoire, tant chez les femmes présentant des formes aiguës à type péritonéal que chez celles présentant des formes chroniques à type cachectique.

Voyons maintenant quelles sont les différentes opérations que nous aurons à proposer aux malades :

a) D'abord, l'*extirpation en un temps*, consistant :

1° Soit en une *ovariotomie* simple, lorsque le revêtement endothélial ne paraît point trop dépoli, lorsque les adhérences ne sont pas trop résistantes, lorsque la femme est en assez bon état général (Obs. II);

2° Soit en une ovariectomie avec hystérectomie totale ou subtotal, s'il y a des lésions des organes pelviens (Obs. I, III, V, VI, X, XII, XIV).

b) Ou bien l'*intervention en deux temps* (Obs. IV, X, XI).

La *première partie* de l'intervention consiste en une ouverture du kyste suppuré, comme on le ferait d'un abcès :

soit par voie basse : *colpotomie*;

soit par voie haute : *abdominale*.

La *colpotomie* se fera suivant la technique habituelle, quand il s'agit de kystes à développement inférieur, enclavés dans le cul-de-sac de Douglas et venant bomber sous le doigt explorateur.

L'*intervention haute* doit retenir davantage notre attention. Il s'agit alors d'un kyste ayant cessé d'être pelvien pour devenir abdominal, adhérent ou non à la paroi. Dans le premier cas ces adhérences providentielles aideront le chirurgien, qui incisera et drainera le kyste comme il le ferait d'un abcès banal; dans le deuxième cas, il devra créer lui-même ces adhérences par l'intermédiaire d'une marsupialisation classique : après l'incision des téguments, il tombera sur le kyste, qu'il extériorisera en partie, puis fixera par quelques points de catgut solide à la paroi. Il suffit alors d'inciser ce kyste devenu adhérent et ainsi on est ramené au cas déjà étudié.

« Dans les jours qui suivront, disent Paul Mourre et Sénèque, il y a grand intérêt à ne point se contenter d'un simple

drain poussé dans la cavité, mais il faudra désinfecter la cavité du kyste. » Les lavages au Dakin leur paraissent des plus efficaces.

Le *premier temps* de l'intervention a amené dans toutes les observations que nous avons lues à ce sujet (Ob. IV: X, XI) :

un état de bien-être;

une amélioration sensible de l'état général;

une baisse importante de la température.

Du point de vue local, le stade inflammatoire aigu va passer, et, de ce fait, le deuxième temps opératoire pourra s'accomplir avec beaucoup moins de difficultés. Mourre et Sénèque conseillent en outre, pour être certains de la désinfection, un contrôle bactériologique des sécrétions, et ajoutent que le premier temps pourra être fait à l'anesthésie locale.

Le *deuxième temps*, fait à l'anesthésie générale, sera tenté après un laps de temps variable avec l'état de la malade. Après excision des bords de l'orifice fistuleux, on pénètre dans la grande cavité abdominale et on procèdera à l'extirpation de la tumeur, qui apparaît, suivant l'expression de Paul Mourre, comme un raisin flétri. Bien entendu, on procèdera, le cas échéant, à une hystérectomie totale ou subtotale, à la demande des lésions annexielles et de l'état du petit bassin.

L'intervention en deux temps semble donner de très bons résultats. Les trois cas que nous publions se terminent par la guérison complète de la malade.

Les grandes données chirurgicales actuelles visent de moins en moins aux interventions brillantes, pour gagner au contraire en sécurité. Dans les cholécystites aiguës et suppurées, ne conseille-t-on pas de recourir autant que possible à une simple cholécystostomie, pour pratiquer ensuite la cholécystectomie une fois l'orage apaisé; ne fait-on pas de même dans les interventions pour adénome prostatique, en pratiquant comme premier temps une cystostomie sus-pubienne ? Comme dans les cholécystites aiguës et dans les adénomes prostatiques, en présence d'un kyste suppuré de l'ovaire il vaut mieux être prudent que brillant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VILLAR.)

Kyste suppuré de l'ovaire droit et gros pyosalpinx gauche.

S... (M.), 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 21 juillet 1930 pour crises douloureuses dans le bas-ventre.

Le début de ces crises remonte à un mois environ, alors que la malade était en convalescence d'une paratyphoïde. Elles surviennent tous les jours et même plusieurs fois par jour. La douleur siège dans la fosse iliaque et s'irradie dans les membres inférieurs. Elle est constituée par des sensations de torsion et de brûlure. Pendant la crise, il y a de l'hypothermie cutanée et de la contracture de la paroi abdominale. Chaque crise dure environ dix minutes, et lorsqu'elle est terminée la malade peut vaquer à ses occupations.

Depuis le début de ces phénomènes douloureux, la malade a remarqué qu'elle avait tous les jours une élévation de température 38°5. Elle a eu aussi des vomissements. Enfin, elle n'a pas eu ses règles depuis trois mois.

Depuis le 19 juillet, elle a d'abondantes pertes sanguines qui contiennent des caillots.

La malade suit un traitement spécifique depuis le mois de novembre dernier.

Antécédents. — Une seule grossesse normale. Pas de fausse couche.

Examen. — Le col est normal au toucher. L'utérus, de volume à peu près normal, est en antéversion légère.

Derrière l'utérus, et entièrement accolé à lui, on trouve une masse nettement arrondie, fluctuante et douloureuse, qui se mobilise avec lui, mais dont la mobilité est limitée. Cette tumeur est plus abdominale que pelvienne.

Le cul-de-sac droit est très profond et vide. Dans le cul-de-sac gauche, et en arrière, on trouve une autre masse, indépendante, un peu irrégulière, du volume du poing, qui paraît être une tumeur annexielle sensiblement mobile sur la paroi du bassin.

Diagnostic. — On élimine le diagnostic de grossesse et celui de grossesse tubaire. On pense à un gros kyste de l'ovaire adhérent, peut-être tordu, à droite, et, à gauche, à une annexite chronique avec ovaire kystique.

Opération (le 25 juillet 1930). — On fait une hystérectomie subtotale sans appendicectomie. Dans le ventre ouvert, on aperçoit une énorme tumeur kystique rétro-utérine, développée à droite, remontant jusque dans la fosse iliaque droite et cravatée par la trompe. La ponction y montre la présence de pus. La cavité purulente paraît être formée aux dépens de la trompe. Décollement des deux masses annexielles et hystérectomie subtotale. Les adhérences étant très importantes et, d'autre part, la lésion étant nettement purulente, on met en place un Mikulicz avec trois mèches.

Suture de la paroi en trois phases sans crins profonds.

Suites opératoires. — Malade peu choquée. Le facies reste bon. La température ne dépasse pas 37°6. Le pouls monte à 128 pendant deux jours (digitaline).

Le 29 juillet, ablation de deux mèches.

Le 31 juillet, ablation de la troisième.

Le 4 août, ablation du Mikulicz.

Etat général excellent, pas de fistule stercorale. La malade a été à la selle après une purgation le lendemain.

Le 12 août, la plaie opératoire est en très bon état, l'état général reste parfait.

La malade quitte le service le 8 septembre complètement guérie.

Examen bactériologique (le 25 juillet). — Pus stérile.

Anatomie pathologique. — Résultat de l'examen : Le passage

dans l'eau pure a beaucoup abîmé les pièces, dont les éléments ont subi des déformations fâcheuses.

Cependant, on reconnaît sur les ovaires une paroi épaissie et très richement vascularisée, revêtue d'une membrane pyogène épaisse.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur CHAUVENNET.)

Mme V..., 64 ans, malade du Docteur Pourré, est adressée au Docteur Chauvennet pour une tumeur abdominale apparue progressivement sans phénomènes douloureux. Depuis quelque temps, cependant, cette malade a des troubles assez sérieux de l'état général : amaigrissement, perte des forces, état subfébrile. L'examen montre une masse kystique atteignant l'ombilic, mobile.

Intervention le 15 décembre 1925 sous anesthésie à l'éther. Incision médiane. Il s'agit d'un gros kyste de l'ovaire droit, dont le revêtement séreux paraît un peu dépoli. Rien à l'utérus et aux annexes gauches. Ovariectomie droite, fermeture sans drainage. Guérison *per primam*.

Le kyste contenait du pus vert, comparable à celui des abcès froids.

Examen bactériologique. — Absence de germes.

L'inoculation au cobaye n'a pas été pratiquée. On n'a pas fait l'examen histologique.

La malade a fait peu de mois après son opération une tuberculose pulmonaire qui l'a emportée en moins de deux ans.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur CHAUVENNET.)

Mme A..., 63 ans, malade du Docteur Tézé, est adressée au Docteur Chauvennet pour une tumeur abdominale apparue progressivement. Depuis plusieurs jours seulement la malade a des douleurs abdominales assez violentes et a l'impression que sa tumeur a subitement augmenté de volume et est devenue plus tendue.

Femme maigre, fatiguée. Température, 39 degrés; pouls rapide.

L'examen montre une grosse masse kystique s'élevant jusqu'à l'ombilic, peu mobile, légèrement douloureuse.

Intervention le 8 janvier 1927 sous anesthésie à l'éther. Incision médiane. Gros kyste ovarien droit mobile. A gauche, kyste gros comme deux poings inclus dans le ligament large. Hystérectomie subtotale de droite à gauche. Fermeture en trois plans sans drainage. Guérison *per primam*.

Le kyste droit contenait du pus (3 litres environ), ayant une légère odeur fécaloïde.

Examen bactériologique. — Colibacille.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur CHAUVENNET.)

M... (Marie), 40 ans, malade du Docteur Demange, est adressée au Docteur Chauvennet. Depuis dix-sept jours, cette malade est dans la période de convalescence, succédant à une typhoïde grave. Elle vient d'être prise, le 20 août 1927, à 16 heures, d'une douleur soudaine et extrêmement violente dans la fosse iliaque et le flanc droits, avec état syncopal, vomissements, arrêt des gaz.

Examinée quatre heures après le début des accidents, le facies est grippé, le pouls filant. Température, 39°5. Ventre de bois et maximum de la contracture à droite.

Le toucher montre une masse utérine peu mobile, peu sensible, de consistance fibromateuse.

On pense à une perforation intestinale possible, et l'on intervient six heures après le début des accidents sous anesthésie à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. Du liquide purulent, brun, d'aspect fécaloïde, s'écoule de la cavité péritonéale. Rien au cæcum et à l'appendice, rapidement explorés; rien sur le grêle. On se reporte alors du côté de l'appareil génital, où il existe un fibrome gros comme trois poings, flanqué d'un kyste ovarien gauche de volume double de celui de l'utérus, inclus dans le ligament large. A sa partie postérieure, ce kyste présente une perforation par laquelle s'écoule du liquide couleur chocolat.

La malade, donnant des signes inquiétants de fatigue, on marsupialise rapidement le kyste à la paroi en drainant la cavité abdominale avec quelques mèches. Suites opératoires simples, malgré une légère phlébite du membre inférieur gauche.

Examen bactériologique. — Bacilles d'Eberth.

Le 20 octobre 1927, sous éther, nouvelle intervention : hystérectomie subtotala un peu difficile. Drainage par tube laissé quarante-huit heures. Paroi en trois plans. Guérison *per primam*.

OBSERVATION V.

(M. BINET, *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, oct. 1930).

Kystes suppurés des deux ovaires. — Péritonite généralisée.

Intervention chirurgicale.

Mme M..., 45 ans, d'une bonne santé habituelle, mariée, sans enfants, a présenté au début de mai 1930 une crise abdominale très douloureuse. La douleur, généralisée à tout l'abdomen, semblait prédominer vers la région diaphragmatique. Le médecin traitant appelé pensa à une crise de coliques hépatiques et ordonna le repos et des analgésiques.

La douleur s'atténua, mais ne cessa pas complètement. L'abdomen demeura sensible.

Le 20 mai 1930, une nouvelle crise douloureuse se produisit et cette fois, s'accompagna d'arrêt des matières et des gaz. L'abdomen se ballonna légèrement. La malade fut prise de vomissements porracés abondants et répétés. La température vespérale était de 39 degrés; celle du matin, de 37 degrés.

Quatre jours après le début de ces nouveaux accidents, je fus appelé en consultation auprès de cette malade par le médecin traitant.

Examen. — Femme de constitution robuste, à teint coloré, présentant un pouls régulier, à 96 pulsations. L'abdomen, légèrement ballonné, était douloureux à la palpation sur toute son étendue, mais particulièrement au niveau du flanc gauche.

Le toucher vaginal ne permettait pas de délimiter le corps utérin, mais indiquait que les culs-de-sac latéraux du vagin étaient remplis par deux masses volumineuses et douloureuses.

Le toucher rectal confirmait les renseignements. Le rectum était d'ailleurs complètement vide.

Intervention. — Devant ces symptômes graves, je fis transporter la malade dans mon service, et, avec l'aide de M. Waltrigny, interne de garde, j'intervins dans le courant de l'après-midi, sous anesthésie rachidienne.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, j'aperçus tout d'abord les anses intestinales moyennement dilatées, rouges, agglutinées entre elles et couvertes d'exsudats membraneux. Nous étions en présence d'une péritonite généralisée aiguë, mais nous avions l'impression d'un ventre qui se défendait : il n'y avait pas de liquide bouillonnant, et l'état général demeurait assez satisfaisant.

Après avoir mis la malade en position de Trendelenburg et après avoir récliné les anses intestinales et les avoir protégées par des champs, nous parvîmes à discerner le fond de l'utérus, flanqué à droite et à gauche de deux masses du volume d'une tête d'enfant, masses régulières qui nous parurent être des kystes ovariens. On ponctionne la tumeur à gauche et on aspire environ 250 cc. de pus crémeux. À droite, la ponction est plus difficile, et il s'écoule également du pus, qui est recueilli sur des compresses.

Nous avons pensé alors que, malgré la péritonite généralisée, la meilleure intervention à pratiquer était l'hystérectomie totale. Cette intervention nous permettrait un drainage idéal.

Nous pratiquons donc, sans difficultés, l'hystérectomie totale avec ablation des deux annexes. Nous faisons un surjet au catgut sur la tranche vaginale postérieure, tout en laissant le vagin largement ouvert. Nous y passons un gros drain et deux compresses, puis nous plaçons dans le Douglas un Mikulicz contenant lui aussi un gros drain et deux compresses, et nous fermons la paroi en quatre plans de sutures en ménageant le passage du Mikulicz à la partie déclive de l'incision.

Les suites opératoires ont été excellentes. Le pouls s'est maintenu à 80, et la température n'a pas dépassé 38 degrés. La malade est actuellement complètement guérie.

OBSERVATION VI.

(LAMBRISCHTS, *Bruxelles Médical*, 1930.)

Une femme qui avait souffert de troubles abdominaux pris pour une appendicite est opérée à l'occasion d'une nouvelle crise. On se contente d'ouvrir et de drainer une collection purulente apparue dans la fosse iliaque droite, sans rechercher l'appendice. La plaie ne se cicatrise pas complètement; il reste une fistule, qui subsiste un an plus tard, au moment où je suis appelé à examiner la malade.

L'apparition, dans l'écoulement, de poils et de particules graisseuses, fait penser à la présence d'un kyste suppuré, ce qui est confirmé par l'intervention, qui consiste en une ablation subtotale de l'utérus et de ses annexes. Les suites opératoires sont marquées par des incidents graves. Une perforation intestinale nécessite une nouvelle intervention; la malade guérit finalement.

OBSERVATION VII.

(LAMBRISCHTS, *Bruxelles Médical*, 1930.)

Une jeune fille de 16 ans, atteinte de fièvre typhoïde depuis six semaines, présente brusquement un syndrome péritonéal. On pense à une perforation intestinale, mais à l'intervention on découvre une tumeur annexielle d'origine kystique, remplie de pus. Ablation. Guérison.

OBSERVATION VIII.

(COUSIN, *Marseille médical*, 1929.)

Une femme présentait depuis trois jours un syndrome douloureux abdominal avec fièvre. A son entrée à l'hôpital, plus de douleurs, abdomen d'abord légèrement augmenté de volume, puis ventre en obusier, circulation collatérale, aspect d'ascite, fièvre aux environs de 38 degrés. Wassermann négatif. Azotémie, 0,28. Poumons : induration des sommets.

On pense à une péritonite tuberculeuse. On pratique une ponction exploratrice, qui ramène un liquide louche et fétide, ce qui fait porter le diagnostic de kyste de l'ovaire infecté.

Intervention (le 10 mars 1929). — On retire un kyste volumineux, libre, contenant une dizaine de litres de liquide purée de pois, fétide. Le kyste est adhérent à la face inférieure du méso-sigmoïde. Mikulicz. Fermeture. Suites excellentes.

OBSERVATION IX.

(MM. CHENUT et MAHON, Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 1928. In *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, p. 713 et 714.)

S... (Marie), 24 ans, entre à l'hôpital le 7 mars 1928, pour une douleur dans la fosse iliaque droite et une tuméfaction abdominale. Il y a trois semaines seulement qu'elle a eu l'attention attirée sur cette tuméfaction, à l'occasion de l'apparition de la douleur. Cette douleur, d'intensité moyenne, est continue, sans paroxysmes; elle est survenue sans début aigu.

La malade n'a présenté ni vomissements, ni nausées, ni troubles vésicaux ou rectaux. Elle a maigri, elle est fatiguée. Chez elle, elle n'a pas pris sa température; depuis son entrée à l'hôpital, la température n'a pas dépassé 37°6 et reste généralement au-dessous de 37 degrés.

Habituellement, la malade est réglée normalement et régulièrement, mais en janvier, ses menstrues ont avancé de vingt jours et depuis suivent ce nouveau cycle.

Antécédents. — On ne relève que deux grossesses normales à 20 et 22 ans et une leucorrhée assez abondante, dont le début remonte au premier accouchement, et qui s'est notablement accentuée après le second.

Examen. — La palpation provoque une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. A ce niveau, on perçoit une tumeur qui remonte depuis le petit bassin jusqu'à hauteur de l'ombilic; elle est mate, fluctuante, assez peu tendue.

Au toucher vaginal, le col regarde la concavité sacrée; il est abaissé et le corps qui le surmonte peut être séparé de la masse kystique, qui paraît le refouler en bas. Cette masse kystique peut être perçue dans le cul-de-sac latéral gauche si la main abdominale la refoule en bas; mais elle est bien plus facilement accessible dans le cul-de-sac droit.

Intervention. — Intervention le 19 mars sous anesthésie générale au balsoforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On tombe sur une tumeur kystique bloquant le petit bassin. Par ponction, on retire 300 cc. de liquide mucoïde et l'on vide ainsi complètement une poche, mais il en reste une autre, du volume du poing, fortement fixée au pelvis, adhérente à l'appendice et à l'anse sigmoïde et incluse dans le ligament large gauche. Les annexes droites sont saines.

On peut enlever le kyste en laissant l'utérus, dont la corne gauche altérée, ramollie, est cependant déchirée, mais facilement réparée. Péritonisation possible, sauf à la base du ligament large gauche, où persiste une cavité dans laquelle on laisse une mèche. Appendicectomie.

La pièce enlevée est constituée par un kyste à trois cavités, dont l'une, correspondant à la portion adhérente, à un contenu purulent, tandis que le contenu des deux autres est mucoïde. L'examen de ce pus montre des éléments en cytolyse, où l'on reconnaît seulement des noyaux de polynucléés. On ne décèle aucun microbe, — et en particulier pas de B. K. — ni à l'examen direct ni après ensemencement. Dans les suites opératoires, il n'est à signaler qu'une légère suppuration, provenant de la cavité du ligament large méchée et persistant quelques jours après l'ablation de la mèche. Mais l'état général de la malade est excellent, et elle sort le 23 avril, toute suppuration tarie, engraisée, floride, sans aucune séquelle douloureuse, avec un utérus mobile et des culs-de-sac vaginaux souples et indolores.

OBSERVATION X.

(MOURRE et SÉNÈQUE, *Journal médical français*, 1925.)

Opération en deux temps. — Guérison.

Mme V..., 34 ans. Entre à l'hôpital le 13 août 1920 pour une tuméfaction abdominale volumineuse. On ne note rien de bien intéressant dans ses antécédents : crise d'appendicite quinze ans auparavant, suivie de troubles entériques avec diarrhée. La malade a été réglée à l'âge de quatorze ans, toujours très régulièrement; elle n'a jamais présenté de pertes vaginales.

Depuis juin 1919, elle s'est aperçue que son ventre augmentait progressivement de volume, en même temps que survenait un certain degré d'amaigrissement. Depuis trois semaines, cette augmentation s'est rapidement accrue. Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, on sent une masse arrondie, rénitente plus que fluctuante, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La percussion permet de constater que cette tumeur est mate. La température est élevée, oscillant entre 38 et 39 degrés; l'état général médiocre; des vomissements, de la diarrhée, ont, depuis quelques jours, fait leur apparition.

Intervention (le 21 août 1920). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale; on tombe immédiatement sur une énorme masse kystique qui adhère à la paroi abdominale antérieure; évitant toute manœuvre de libération, on se contente d'inciser la poche, par laquelle s'écoule une énorme quantité de pus. On pratique une simple marsupialisation-drainage de ce kyste. Le 4^{or} septembre, la poche s'est considérablement réduite de ses dimensions primitives; l'on procède au deuxième temps par une nouvelle laparotomie sus-jacente à la marsupialisation. La décortication de la poche devient alors des plus faciles, mais on se rend compte qu'en même temps que ce kyste, né aux dépens de l'ovaire droit, il existe à gauche une salpingite. Histérectomie subtotale avec drainage vaginal; on péritonise en solidarisant le côlon avec la vessie; on met en place un petit drain abdominal et l'on referme

la paroi en un plan à l'aide de fils de bronze. Guérison sans incidents. La malade a, depuis, donné de ses nouvelles et est toujours en bonne santé.

OBSERVATION XI.

(MOURRE et SÉNÈQUE, *Journal médical français*, 1925.)

Opération en deux temps. — Guérison.

Mme S..., 35 ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} septembre 1921 pour une augmentation de volume de l'abdomen ayant débuté depuis un an et demi. Aucun antécédent notable dans l'histoire de cette malade. Le 17 août, elle aurait fait une chute de 1 mètre de haut sur la région dorsale : le lendemain, un médecin, appelé, aurait constaté du ballonnement du ventre, un pouls à 130, une température à 39°5, tandis que la malade présentait des vomissements. Sous l'influence du repos, de la glace, de l'opium, une amélioration très nette se produit jusqu'au 24 août, et tout semble devoir rentrer dans l'ordre. Puis, à partir du 25 août, on assiste à une reprise des accidents, et la malade est amenée à l'hôpital le 1^{er} septembre 1921 dans un état alarmant : elle est prostrée, abattue ; la température est à 38 degrés, le pouls aux environs de 100. Par le palper abdominal et le toucher vaginal combinés, on sent l'existence d'une masse volumineuse, rénitente, arrondie et douloureuse.

La malade est opérée d'urgence, le 1^{er} septembre, par laparotomie médiane sous-ombilicale. Après incision de la paroi, on tombe sur un kyste adhérent et l'on se contente de pratiquer une marsupialisation-drainage, qui donne lieu à une quantité importante de pus. Dans les jours suivants, on pratique à l'intérieur de la poche des irrigations avec la solution au Dakin ; peu à peu, la température revient à la normale, les dimensions de la poche se restreignent et l'état général se remonte. Le 13 septembre, après excision de l'orifice fistuleux, on pratique une nouvelle laparotomie. On constate qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche adhérent au côlon iliaque. On le libère avec la plus grande facilité de ses adhérences intestinales et l'on pratique l'ablation de ce kyste

avec son pédicule. Ethérisation du petit bassin. Drainage abdominal par un drain de caoutchouc. Fermeture de la paroi en un plan à l'aide de fils de bronze. Guérison par incidents.

OBSERVATION XII.

(MOURRE et SÉNÉQUE, *Journal médical français*, 1925.)

Opération en un temps. — Mort.

Mme J..., 53 ans. Entre à l'hôpital le 31 juillet 1920 parce qu'elle ressent depuis bientôt six mois de violentes douleurs abdominales et lombaires, en même temps qu'elle s'est aperçue de l'existence d'une tuméfaction abdominale.

Dans ses antécédents, on note une pleurésie à l'âge de 26 ans, qui aurait guéri sans ponction; deux hémoptysies importantes, il y a huit ans, en rapport avec une lésion bacillaire du sommet droit. La malade a été réglée à l'âge de 14 ans; règles régulières, mais assez abondantes; trois grossesses normales; ménopause à 52 ans; aucune hémorragie suspecte depuis. Il y a six mois, la malade a reconnu l'existence d'une masse dans son abdomen; à peu près en même temps, elle a commencé à ressentir de violentes douleurs lombaires survenant par crises, à n'importe quel moment de la journée, et l'obligeant à s'aliter. Les crises sont allées en se rapprochant, et, depuis deux mois, la malade est obligée de garder le lit. La température oscille entre 37°5 et 38 degrés. Depuis six mois, elle a maigri d'environ 15 kilos, se plaint de troubles diarrhéiques, et un léger œdème des membres inférieurs est apparu.

L'examen physique de l'abdomen permet de constater l'existence d'une masse ovoïde, rénitente, ayant les dimensions d'une tête d'enfant, dont le pôle supérieur remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tandis que l'extrémité inférieure plonge dans le petit bassin, où elle est appréciable par le toucher vaginal, qui est en même temps douloureux.

Intervention le 3 août 1920. Anesthésie générale au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un volumineux

kyste strictement médian, adhérent aux anses grêles, à l'épiploon et au péritoine pariétal. Libération des adhérences; tentative de ponction du kyste avec un trocart, mais le pus trop épais ne s'écoule pas. Après extirpation du kyste, on constate dans la profondeur l'existence d'une salpingite suppurée surtout marquée à droite; une poche de salpingite se rompt et il s'en écoule un pus très fétide. Hystérectomie subtotale par le procédé américain de gauche à droite. Drainage vaginal après incision du col. Drainage abdominal et tamponnement du petit bassin à l'aide de mèches sans qu'une péritonisation ait été possible.

Fermeture partielle de la paroi en un plan aux fils de bronze. Mort douze jours après par sphacèle de la paroi et cachexie progressive.

OBSERVATION XIII.

(MOURRE et SÉNÈQUE, *Journal médical français*, 1925.)

Opération en un temps. — Mort.

Mme S..., 29 ans. Entre à l'hôpital le 17 août pour une tumeur abdominale remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; tumeur mate, rénitente, dont le contour supérieur est convexe en haut tandis que son extrémité inférieure plonge dans le petit bassin. Depuis huit jours, l'augmentation de volume a été très notable, et la malade a ressenti de violentes douleurs abdominales. La température étant à peine au-dessus de la normale, on pose le diagnostic d'hémorragie intrakystique et l'on décide l'intervention immédiate. Anesthésie générale au chloroforme.

Intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale, dépassant légèrement l'ombilic en haut par suite des dimensions de volume du kyste. Celui-ci se présente immédiatement. Il est adhérent dans toute son étendue à l'épiploon et au côlon. La ponction donne issue à 4 litres de liquide brunâtre, d'odeur fécaloïde. Il y avait donc bien eu hémorragie intrakystique, mais le contenu s'était également infecté. La décortication du kyste d'avec ses adhérences est rendue extrêmement pénible; on y arrive toutefois, mais une fois le kyste enlevé

on se rend compte que le côlon sigmoïde a été dépouillé, sur une partie de son étendue, de ses tuniques séreuse et musculuse, et l'on répara alors cette lésion intestinale.

On termine l'intervention par la pose d'un Mikulicz dans le Douglas, tandis que la partie supérieure de l'incision est réunie en trois plans.

Mort le soir même, à 23 heures.

OBSERVATION XIV.

(TOURNEUX, *Concours médical*, 1924.)

Femme de 48 ans, a été hospitalisée le 16 septembre 1924.

Antécédents. — Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou consanguins. Comme antécédents personnels, notre patiente aurait eu, à l'âge de 13 ans, époque où elle fut réglée pour la première fois, une maladie ayant duré trois à quatre mois et s'accompagnant de céphalées très violentes. Elle s'est mariée à 28 ans et n'a eu ni enfants ni fausses couches.

Histoire de la maladie. — Vers la fin de l'année dernière, elle a commencé à ressentir une sorte de pesanteur dans la région abdominale droite, en même temps qu'il lui semblait que son ventre augmentait de volume. Mais comme elle venait de cesser d'être réglée, elle a cru qu'il s'agissait de quelques-uns de ces troubles qui accompagnent la ménopause et ne s'en est pas inquiétée, jusqu'à il y a deux mois environ. A ce moment, en effet, elle présenta des phénomènes douloureux dans la partie inférieure droite de l'abdomen, consistant en exacerbations journalières avec irradiations dans la région lombaire. En même temps, elle constata dans cette région la présence d'une tumeur assez volumineuse, douloureuse au toucher, pendant qu'elle éprouvait de la difficulté pour aller à la selle et pour uriner. Bientôt, les phénomènes s'aggravent; tout travail devint impossible, et il lui fallut garder le lit.

Le traitement conseillé par son médecin, consistant en cataplasmes chauds laudanisés, calma les douleurs pendant quelques jours, mais fut sans aucune action sur les troubles intestinaux et urinaires, et comme au bout de très peu de temps, les crises douloureuses se

manifestaient de nouveau avec la même intensité et que l'état général devenait mauvais, avec des accès fébriles vespéraux et des vomissements presque quotidiens, elle se décida à venir à l'hôpital en vue d'une intervention.

Examen. — On se trouva en présence d'une femme au facies terreux, très amaigrie, qui se plaint de douleurs extrêmement vives dans le flanc droit, qui a de très fréquentes envies d'uriner et d'aller à la selle, mais qui peut à peine arriver à expulser quelques matières plus ou moins liquides.

A la palpation, on trouve au niveau de l'abdomen la présence d'une tumeur assez volumineuse, occupant tout le flanc droit jusqu'à la hauteur de l'ombilic; tumeur immobile, mate, rénitente, douloureuse au toucher. Au toucher vaginal, le col utérin se trouve dévié à droite, plaqué en quelque sorte contre la symphyse pubienne. Quant au corps, assez difficilement perceptible, il paraît situé en avant contre la paroi abdominale. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une grosse tuméfaction, très douloureuse, se prolongeant assez profondément du côté droit du petit bassin, dans lequel elle paraît à peu près fixée; mais on a l'impression qu'il existe également, du côté gauche, une autre tuméfaction, beaucoup moins douloureuse, et qui paraît se rapporter aux annexes de ce côté. Le toucher rectal donne des renseignements à peu près analogues: par le palper combiné au toucher, on n'arrive que très difficilement à mobiliser légèrement la tumeur, qui est indépendante de l'utérus. Le pouls est normal, la température oscille entre 37°9 et 38°6 : ni sucre, ni albumine dans les urines. Les autres appareils de l'économie ne présentent aucune perturbation dans leur fonctionnement.

Diagnostic. — On porte le diagnostic de kyste suppuré de l'ovaire droit, avec vraisemblablement l'existence d'une annexe gauche.

Intervention. — Le 21 septembre, sous anesthésie générale à l'éther, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, qui montre la présence d'un kyste volumineux de l'ovaire droit inclus dans le ligament large. Il paraît très adhérent. A gauche, il existe un gros hydrosalpinx refoulant contre le pubis un tout petit utérus d'aspect infantile.

La cavité abdominale étant bien protégée, on commence les

manœuvres de libération du kyste, mais bientôt se produit la rupture de la poche, avec issue de pus très fétide. Le kyste est incisé d'un coup de ciseau et vidé de son contenu. On pratique alors une hystérectomie totale de gauche à droite et l'ablation des annexes gauches.

Ceci fait, les parois du kyste, saisies avec de fortes pinces, sont enlevées.

La face antérieure du rectum, point où la paroi du kyste avait fortement adhéré, présente une infiltration purulente des parois. Cette partie de la paroi rectale est réséquée, et la brèche est fermée par une suture transversale en trois étages.

On lave la cavité péritonéale à l'éther, et on place un drain à la partie la plus déclive; on referme la paroi abdominale en trois plans.

Suites opératoires excellentes. Le drain abdominal est enlevé le cinquième jour.

Au bout de vingt-cinq jours, la malade commence à se lever.

Examen du pus. — Colibacille.

OBSERVATION XV.

(Due à BUMM.)

Femme accouche le 10 février 1893. On diagnostique un kyste de l'ovaire qui causa fièvre et péritonisme.

Opération (le 5 juin). — Fraîches adhérences fibrineuses. Mort le même jour.

Au microscope, le liquide donne :

Cellules de pus;

Filaments de fibrome;

Cocci en chaînettes;

Cultures sur gélatine, streptocoques;

Cultures en bouillon, colonies en chaînettes.

OBSERVATION XVI.

(Due à HERZFELD.)

Contenu d'un kyste dermoïde chez une fille de 16 ans. Sanguinolent avec lambeaux. Staphylocoques.

Morte de septicémie trois jours après l'opération.

OBSERVATION XVII.

(Due à SHAUTA.)

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Diplocoques.

Mort par infection pneumonique.

CONCLUSIONS

I. — La suppuration d'un kyste de l'ovaire peut être due :

- 1° *A des causes externes*, à la suite d'une ponction ou d'une intervention chirurgicale.
- 2° *A des causes internes*, maladie locale (dans un organe voisin du kyste) ou infection générale.
- 3° A côté de ces deux causes principales, il existe des *causes adjuvantes* : traumatisme, torsion du pédicule, dégénérescence des parois, menstruation.

II. — L'aspect clinique des kystes suppurés de l'ovaire peut revêtir deux formes principales :

- une forme aiguë à type péritonéal;*
- une forme chronique à type cachectique;*

A côté de ces deux formes, il y a place pour une *forme sub-aiguë, mixte*.

III. — Le diagnostic des kystes suppurés de l'ovaire est souvent difficile. Un diagnostic erroné peut être fort préjudiciable à la malade.

La conduite à tenir est l'intervention. On peut pratiquer :

- une ovariectomie simple,*
- ou une ovariectomie avec hystérectomie totale ou sub-totale (suivant l'état des annexes).*

Si le kyste est fortement adhérent aux organes voisins, si l'état général de la malade est mauvais, il faut recourir à *l'intervention en deux temps* :

Premier temps : marsupialisation du kyste à la paroi;

Deuxième temps : extirpation de la tumeur.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE FEYQUINÈ. — De la suppuration des kystes de l'ovaire par la fièvre typhoïde, *Montpellier médical*, 1904, p. 1, 117-161.
- ACHARD et BENSAUDE. — Suppurations au cours de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 30 janv. 1902, p. 45.
- BINET. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, n° 8, oct., 1930.
- BLECHMANN. — Sur les suppurations typhiques. *Morrisson*, 1922, p. 28.
- BOUILLY. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La gynécologie*, 1896, p. 193.
- BUDGE et DIORKS. — Les métastases des infections intestinales. *Zeits. Fleisch u. m. I.*, 1921-1922, p. 3.
- BURGU. — A propos de quelques cas de kystes ovariens infectés. *La gynécologie*, juin 1925, p. 364.
- CARLES. — Les fièvres paratyphoïdes. 1 vol., Baillière, 1916.
- CHENUT et MAHON. — Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, in *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, p. 713 et 714.
- CORSCADEU. — Paratyphoid B et a infection of au ovarian cyst. *N. York Acad. Med.*, 26 déc. 1922.
- A case of paratyphoid b et a bacillus infection of au ovarian cyst. *An. J. of obst.*, 1923, p. 545.
- COUSIN. — Kyste de l'ovaire tordu et infecté. *Marseille médical*, n° 15, 25 mai 1929, p. 742.
- CUSHING. — Complications suppuratives de la fièvre typhoïde. *John Hop. Hosp. Bull.*, 1900, p. 156.
- DAVISON et WHITINGTON. — Complications purulentes des infections typhoïdes. *Quach J. Med.*, 1915-1916, p. 98.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 189.

- DIVE. — Les suppurations typhiques. *J. roy. Med. Cays.*, 1922, p. 306.
- ENGELMANN. — Kyste de l'ovaire suppuré. Bacille d'Eberth. *Centrall. J. byn.*, 1901, n° 23, p. 633.
- ERSCHEIMUGEN. — La typhoïde et ses complications suppuratives. *Munch Med. Wochensch.*, 1920, p. 814.
- FERAUD. — Kystes suppurés de l'ovaire. Thèse Bordeaux, 1897.
- FRITSCH. — Traité des maladies des femmes. Trad. franç., 1898.
- GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire, 1873.
- GREENE-CUMSTON. — Septic infection of ovarian cystoma. *Am. J. of obst.*, 1898.
- HAGE. — Les suppurations typhiques. *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1919, p. 971.
- HENRICIUS. — De l'infection des kystes de l'ovaire. *Ann. de gyn.*, 1897.
- KLEIN et TONY. — Complications purulentes de la fièvre typhoïde. *Am. J. Med. sc.*, 1920, p. 458.
- KRANEPIELH. — Complications abdominales de la fièvre typhoïde. *Munch. Med. Wochensch.*, 1905, p. 1331.
- KRUVSKY. — Un cas de suppuration d'un kyste de l'ovaire à bacilles typhiques. *Monatsch. J. Geb. u. gyn.*, déc. 1911, p. 696.
- LAMBRICHTS. — Kystes de l'ovaire suppurés au péritoine. (Soc. belge de chirur., 22 mars 1930. *Bruxelles médical*, 9 mars 1930, p. 531.
- LEMOINE. — La suppuration des kystes de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1903.
- LEWIS et LE CONTE. — Infection of ovarian cysti during Typhoid fever. *Am. J. Med. Sc.*, 1902, p. 590.
- MALDAGUE. — Bacille d'Eberth dans un kyste de l'ovaire après la guérison d'une fièvre typhoïde. *Contral. J. Bakt., Abt. I*, 1905, t. XXXVIII, p. 249.
- MANGOLD. — Ueber die infection der ovarial cystome Inaug. diss. Basel, 1895.
- MICHEL. — Appendicite et suppuration des kystes de l'ovaire. *Bull. méd.*, 1900.
- MINET. — Complications de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 1917, p. 861.

- MONTANARI. — Suppurative dermoïd cyst in right ovary with generalized penteritis. *Arch. ital. di chir.*, 18, 148, 1927.
- MOREAU. — Complications infectieuses de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 1916-1917, p. 1950.
- MORGAN. — Les métastases post-typhoïdiques. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 1921, p. 195.
- MOURRE et SÉNÈQUE. — Kystes suppurés de l'ovaire. *Journ. méd. franç.*, 1925, p. 312.
- NOBÉCOURT et PEYRE. — Complications purulentes de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des hôp.*, 1916, p. 152.
- OLSHAUSEN. — Die Frankheinten der ovarien, 1886.
- PAK-LIANG. — La suppuration des kystes de l'ovaire au cours de la puerpéralité. Thèse Lyon, 1922-1923.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1888-1894.
- PFANNENSTIEL. — In Vert's Handbuch der gynaekologie, t. III.
- PITH'A. — Kasmsticher Beitrag zur posttyphosen eiterung in ovarialcysten.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RAYMENAUD. — Les métastases typhiques. *Soc. méd. des hôp.*, 1916, p. 588.
- RICEVUTO. — Cisti ovarica suppurata al 2° meze di puerperio. *Riv. d'ostetr. y gynecol.-mat.*, Palermo, 1926, VIII, p. 309.
- RONCHETTI. — Suppurations post-typhiques. *Rif. med.*, 1921, p. 871.
- SALES et VALLERY-RADOT (P.). — Métastases typhiques. *Journ. Am. Med. Assoc.*, 1922, p. 926.
- . Métastases typhiques (Manisson, 1922, p. 51).
- SALVAT et NAVARRO. — Les suppurations de la fièvre typhoïde. *Manat. f. Kindech.*, 1922, p. 324.
- SCOTT et JOHNSON. — Complications de la fièvre typhoïde. Métastases. *Lancet*, 1915, p. 852.
- SEGONG. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- SERGUEFF. — Contribution à l'étude des suppurations des kystes de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1903.
- SPENCER WELLS. — Traité de chirurgie abdominale. Trad. franç., 1886.

TERRIER. — *Rev. de chir.*, 1885.

TERRILLON. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.
Rev. de chir., 1887.

THÉOPHILES. — Quelques considérations sur les kystes dermoïdes
de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1898.

TIXIER et DE ROUGEMONT. — Infection latente d'un kyste dermoïde
de l'ovaire. Soc. de chir. de Lyon, 21 juin 1928.

TOURNEUX. — Kyste suppuré de l'ovaire. *Le Concours médical*,
1924, p. 2401.

— Kyste suppuré de l'ovaire avec nécrose de la paroi anté-
rieure du rectum (en collaboration avec M. Baillot). Soc.
d'obst. et de gyn. de Toulouse, 27 juin 1923.

VIGNARD. — Suppuration d'un kyste de l'ovaire après fièvre ty-
phoïde. *Gaz. méd. Nantes*, 1905, p. 641.

WALKER. — Infection of ovarian cyst. by the typhoid bacillus. *Ann.*
pract. a. New., 1902, p. 220.

WALGREEN. — Ein Fall von typhus infection einer ovarian cyste.
Arch. J. gynak., 1899, p. 15.

WANNEBROUG. — Péritonite par rupture d'un kyste ovarique pen-
dant le cours d'une fièvre typhoïde. *Bull. Med. Nord*, 1860,
p. 233.

WANEN COLIMAN. — Sur les suppurations typhiques du kyste de
l'ovaire. *Ann. Journ. obst.*, 1923, p. 561.

WERTH. — Kyste de l'ovaire suppuré après fièvre typhoïde.
Deutsch. Med. Wochensch., 1893, n° 25, p. 489.

WIDAL et RAVAUT. — Kyste de l'ovaire, suppuration au cours de la
fièvre typhoïde. Soc. méd. des hôp., 30 janv. 1902.

ZANCHENKO. — Typhoid fever suppuration of ovarian cysts. *Russk.*
Vrach, 1903, p. 1070.

— Typhoid fever suppuration of ovarian cysts. *Monatsch. J.*
Gob. u. gynak., 1904, p. 67.

